

# ”Visst gör det ont”

## Patientens upplevelse av postoperativ smärtbehandling

**FÖRFATTARE**

Petra Nordström  
Sara Damm

**PROGRAM/KURS**

Specialistsjuksköterske-  
programmet/kirurgi  
60 högskolepoäng/  
OM5350 Magisteruppsats

HT/VT 2014

**OMFATTNING**

15 högskolepoäng

**HANDLEDARE**

Lars-Eric Olsson

**EXAMINATOR**

Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



Titel:	”Visst gör det ont” Patienters upplevelse av postoperativ smärtbehandling
Titel (engelsk):	”Of course it hurts” Patients experience from postoperative pain
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom kirurgisk omvårdnad 60 hp
Kursbeteckning:	OM5350 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Petra Nordström Sara Damm
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Margareta Mollberg

### **SAMMANFATTNING:**

**Introduktion:** En stor del av nyopererade patienter på kirurgiska enheter upplever måttlig till svår smärta efter sin operation. Obehandlad postoperativ smärta har i flera studier visat på förhöjd risk för medicinska komplikationer, fördröjd rehabilitering, längre vårdtider och ökade kostnader för vården. Sjuksköterskan har till uppgift att se och lindra patientens smärta. Att göra patienten mer delaktig i vården och att få sjuksköterskor att arbeta mer personcentrerat kan påverka själva upplevelsen av den postoperativa smärtan positivt och bidra till en bättre smärtlindring.

**Syfte:** Studiens syfte är att beskriva hur patienter från olika kirurgiska enheter upplever postoperativ smärta.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer ska göras med ca 20 patienter som har vårdats för något slags kirurgiskt ingrepp där man kan förvänta sig en viss smärta postoperativt. En pilotstudie genomfördes med sex patienter från två olika kirurgiska avdelningar vid Sahlgrenska universitetssjukhuset för att pröva studiens hållbarhet.

Materialet analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman 2008 och resulterade i ett antal kategorier och subkategorier.

**Resultat:** Resultatet av pilotstudien visade på flera faktorer som påverkade den postoperativa smärtupplevelsen och de utmynnade i tre huvudkategorier, *upplevelsen av smärta*, *partnerskap* och *delaktighet* där trygghet och information blev två subkategorier.

**Slutsats:** Flera faktorer påverkade smärtupplevelsen. Att vara delaktiga och bli tagna på allvar gjorde patienterna mer nöjda med smärtlindringen. Många upplevde att smärtan ökade i hemmet efter utskrivning. Förslag till åtgärder är att fortsätta arbeta mer personcentrerat med patienten i fokus och att öka trygghet samt följa upp patienterna bättre.

**Nyckelord:** Postoperativ smärta, patientens upplevelse, delaktighet, partnerskap

## **ABSTRACT**

**Introduction:** A big part of the patients that recently has gone through operation at surgical units experiences pain in different scales after their operation. Untreated postoperative pain has been proved in different studies to increase to risk medical complications, longer rehabilitation, more days at the hospital and higher expenses for the hospital. One of the nurses' main tasks is to notice and relieve the pain of the patients. To engage the patients more in the medical process and make the nurses' work more person-centered could make an impact on the postoperative pain and contribute to a better pain relief.

**Purpose:** The purpose of the study is to describe how patients from different surgical units experiences postoperative pain.

**Method:** Semi- structured interviews will be conducted with approximately 20 patients that have been treated for surgical operation where you are expecting postoperative pain. A pilot study was held with six patients from two different surgical units at the university hospital of Sahlgrenska in Gothenburg, Sweden to test the durability of the study. The material was analyzed through qualitative content analysis from Graneheim och Lundman (2008) and the results gave a number of categories and subcategories.

**Results:** The results of the pilot study shows that several factors impact on the postoperative experience of pain. It resulted in three main categories, the individual experience of pain, partnership and participation where comfort and information became two subcategories.

**Conclusion:** Many factors impact the experience of pain. The patients got more satisfied with the pain relief when they got to participate and were noticed. Many experienced that the pain increased in the home after they were signed out from the hospital. Propositions for arrangements are to keep working more person-centered with the patient in focus and to increase the comfort and to follow up with the patients better. **Keyword:** postoperative pain, the patient's experience, participation, partnership

## **Förord**

Vi vill tacka alla som varit berörda i processen runt skrivandet av den här uppsatsen.

Lars-Erik Olsson vår handledare som sakta men säkert lett oss i rätt riktning och alltid varit snabb med sina svar då vi haft undringar och funderingar.

Arbetskollegor som stöttat oss och lyssnat när det varit jobbigt, men också glatt sig med oss när det gått bra.

Studiekamrater. Tack för hjälp och peptalk på seminarier, sociala medier och telefon.

Vänner i vår närhet som haft stor förståelse.

Familjerna som fått stå ut med humörsvängningar likt berg och dalbana. Tack för att ni finns.

Göteborg 140306

Petra Nordström och Sara Damm

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
TEORETISK REFERENSRAM.....	2
TIDIGARE FORSKNING.....	3
SYFTE.....	6
METOD.....	6
URVAL.....	6
DATAINSAMLING.....	7
DATAANALYS.....	7
PILOTSTUDIEN.....	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE.....	8
RESULTAT.....	9
UPPLEVELSE AV SMÄRTA.....	9
PARTNERSKAP.....	10
Trygghet.....	10
DELAKTIGHET.....	11
Information.....	11
METODDISKUSSION.....	13
RESULTATDISKUSSION.....	14
SLUTSATS.....	16
REFERENSLISTA.....	18

## INLEDNING

Som sjuksköterska på en kirurgavdelning möter man dagligen patienter med smärta. Dåligt behandlad postoperativ smärta påverkar hela efterförloppet för patienten både psykiskt och fysiskt. Patienter ordinerar läkemedel utifrån standardiserade mallar utan att det alltid tas hänsyn till patienten som person, tidigare smärterfarenheter, vikt och ålder. Sjuksköterskan arbetar nära patienten och ska kunna se tecken på smärta och ge en tillfredställande smärtlindring. Vidare bör patienten göras delaktig och medbestämmande och tillsammans med sjuksköterskan planera vården. Varje smärtupplevelse är individuell och unik och bör inte ifrågasättas utan respekteras och behandlas.

## BAKGRUND

Sjuksköterskor har fortfarande svårigheter att bedriva en effektiv smärtlindring. Niemi-Murola, Pöyhiä, Onkinen, Rehn, Mäkele & Niemi (2007), Lorenzen, Hermanssen & Botti, (2012) redovisar i sina studier att sjuksköterskan ofta gav för lite smärtstillande till patienterna. Om det fanns alternativ i ordinationen valde man den lägre dosen. För sjuksköterskor räcker inte alltid den grundläggande utbildningen utan fortsatt teoretisk utbildning kan behövas. Flera studier beskriver att upp till 40 % av patienterna har svår till outhärdlig smärta operationsdygnet och första dagen postoperativt. Smärtan beskrivs av patienterna i termer som svår, intensiv, värsta tänkbara och okontrollerbar (Joelsson, Olsson & Jakobsson, 2010, Niemi-Murola m.fl. 2007, Warren Stomberg & Öman 2005). Detta trots nya medicinska framsteg i form av effektivare analgetika, ny teknisk administrering och tydliga riktlinjer i hur man ska smärtlindra patienter. Eftersom postoperativ smärta är ett av det mest frekvent rapporterade postoperativa symtomet är tidig upptäckt och identifiering av faktorer som påverkar detta av största vikt att upptäcka för att bli bättre på att smärtlindra (Hui Yun, Abrishami, Peng, Wong & Chung, 2009). Vad gäller äldre och smärtlindring är de ofta uteslutna från studier och smärta på grund av åldersrelaterade faktorer som kognitiva och sensoriska funktionsnedsättningar. Behandling av akut smärta underbehandlas ofta hos alla patienter men hos äldre patienter i synnerhet (Prowse, 2007).

En stor del av vården är idag sjukdomscentrerad med sjuksköterskan som expert och patienten novis. Dock går vi allt mera mot att arbeta personcentrerat (Doss, DePascal &

Hadly, 2011). I flera länder är det en laglig rätt att delta i en individuellt anpassad vård (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos 2011a). För att kunna ge en optimal smärtlindring är det viktigt att patienten är delaktig i vården. Smärtlindring bör anpassas efter varje individ och patienten ska vara i ett partnerskap med sjuksköterskan och vara med i beslutsfattandet (Doss m.fl. 2011).

## **TEORETISK REFERENSRAM**

Personcentrerad vård (PCV) härstammar från den humanistiska psykologin och har blivit ett allt vanligare sätt att arbeta efter globalt. Sjukvården är på väg bort från ett medicinskt dominerat synsätt till ett synsätt där patienten ses som en person och delaktig och medbestämmande i sin vård (McCance, McCormack & Dewing, 2011). Personcentrerad vård ska främja relationen mellan vårdgivare och patient. Vi behöver kunskap om patientens historia, mål, drömmar, sociala nätverk och styrkor respektive svagheter. Denna information får vi genom partnerskap och att samtala med patienten och låta henne berätta sin historia. Patienten måste få förutsättningar att göra val i vården utifrån sina värderingar och livssyn (Ekman m.fl. 2011). Sjuksköterskan kan i partnerskapet bidra med sin kunskap för att stödja och underlätta patientens val.

Sjuksköterskan bör uppmärksamma patientens tidigare erfarenheter av smärta. Smärtupplevelsen påverkas även av de förväntningar man har och den information man fått innan. Det bör finnas en individuell planering för varje patient som ska göras med både patient och sjuksköterska delaktiga (Idvall, Bergqvist, Silverhjelm & Unosson, 2008).

Vidare menar Idvall m.fl. (2008) att kortsiktig planering, brist på uppföljning och begränsade behandlingsalternativ kan vara en anledning till att patienter har mer ont än nödvändigt. Mer kunskap om patienten leder till effektivare individanpassad smärtlindring med minskad smärta och bättre livskvalitet som följd. Sjuksköterskan bör också innan operationen förbereda patienten på hur förloppet av postoperativ smärta kan vara, vad som är normalt och vilken smärtlindring som går att erhålla

För att kunna erbjuda patienten en god smärtlindring måste sjuksköterskan bjuda in patienten till ett samarbete. Brist på stöd, rädsla och att patienten inte litar på sin förmåga kan leda till att patienten antar en passiv roll. Det kan även vara så att sjuksköterskan är av den åsikten att hon vet bäst och inte är uppmärksam på patientens

synpunkter och önskemål (Larsson m.fl. 2011a). Hon bör istället individanpassa vården för att få patienten motiverad att aktivt delta i sin vård och få dem att känna sig som en tillgång och sin egen expert. Patienternas delaktighet stimulerades när sjuksköterskorna behandlade patienterna som värdefulla medarbetare. Detta understryker vikten av en personcentrerad vård. Varje patients egen förmåga behöver förstärkas för att optimera patientens egen medverkan där patient och sjuksköterskan delar kontroll och ansvar. Även smärta är en individuell upplevelse där patientens delaktighet är av yttersta vikt för att återhämta sig (Larsson, Sahlsten, Segeste & Plos 2011b)

## **TIDIGARE FORSKNING**

Joelssons m.fl. (2010) beskriver i en kvalitativ intervjustudie patienter opererade med total höftledsplastik. Man undersökte upplevelsen av den postoperativa smärtan. Den första dagen postoperativt upplevdes som den värsta med ibland outhärdlig smärta. Även de efterföljande dagarna efter operation var jobbiga för patienterna. Vidare säger Joelsson m.fl. (2010) att patienterna var nöjda med personalen och litade på deras erfarenhet och kompetens. De kände sig sedda och tyckte sjuksköterskan var uppmärksam på om de hade ont. De var även nöjda med smärtlindringen och upplevde sig delaktiga i besluten rörande både dos och intervall.

Liknande resultat som i Joelsson m.fl. (2010) har Niemi-Murola m.fl. (2007) hittat. Syftet med studien var att kartlägga de faktorer som påverkar patientens tillfredsställelse med postoperativ smärtlindring. Studien var en enkätstudie där både sjuksköterskor och patienter deltog. 40 % av patienterna hade svår smärta första dygnet postoperativt. Patienterna upplevde att de blev tagna på allvar angående smärtan. De fick vara delaktiga i beslut kring val av analgetika. Sjuksköterskan frågade regelbundet om patientens smärtupplevelse. Det framkom att flera patienter hade önskat bättre preoperativ information angående smärtlindring. Vad gäller sjuksköterskorna i studien rapporterar Niemi-Murola m.fl. (2007) att de var kliniskt erfarna och de flesta hade deltagit i smärtutbildningar som avdelningen ordnat. Trots det önskade 84 % ytterligare vidareutbildning i ämnet.

Även denna studie av Wadenstam, Fröjd, Swenne, Gordh & Gunningberg, (2011) handlar om förekomsten av patienters postoperativa smärta. Författarna har undersökt förekomsten av smärta och smärtbedömning bland inneliggande patienter på ett universitetssjukhus i Sverige. Metoden är kvantitativ utforskande. En stor andel



innetiggande patienter upplever smärta. Av patienterna på sjukhuset svarade 80 % att de hade upplevt smärta med VAS >3 de senaste 24 timmarna Wadenstam m.fl. (2011) menar att det är viktigt att sjuksköterskan använder validerade bedömningsverktyg när de frågar patienterna om smärta. Med hjälp av dessa kan patienterna uttrycka sin smärta och kommunikationen förbättras.

Syftet med denna svenska studie av (Wickström, Nordberg, Bergh, Johansson & Sjöström 2008) var att ta reda på hur patienten skattade sin postoperativa smärta och hur sjuksköterskan handlade utifrån det. Både patienter och sjuksköterskor deltog i studien. Patienterna fick skatta sin smärta och det jämfördes sedan med vilken smärtlindring sjuksköterskan administrerat. Studien genomfördes över en tvåårsperiod där sjuksköterskorna under tiden genomgick utbildning i smärthantering. Resultatet visade på en diskrepans där sjuksköterskan administrerade efter vad hon själv ansåg snarare än vad patienten hade skattat. Nästan hälften av sjuksköterskorna använde inte VAS trots att det var överenskommet. Inte heller utvärderades smärtlindringen regelbundet. Ingen signifikant förbättring hade skett över tvåårsperioden (Wickström, m.fl. 2008)

Syftet med studien av (Manias, Botti & Bucknall, 2006) var att identifiera strategier som patienter använde för att hantera postoperativ smärta. Studien genomfördes vid två stora kirurgiska enheter på ett universitetssjukhus i Melbourne, Australien. Urvalet bestod av slumpmässigt utvalda sjuksköterskor som arbetade i vården med patienter som skulle observeras. Resultatet visade på tre strategier som patienterna valde. Den vanligaste var att vara passiv mottagare av smärtlindring. Kommunikationen skedde enkelriktat från sjuksköterskan och patienten hade lite eller ingen påverkan på val av smärtlindring. Patienterna blev tillfrågade om smärtlindring på tider som var lämpliga ur sjuksköterskan synvinkel (under vissa arbetsmoment med patient etc.)

Observationerna visade också att flera patienter initialt avböjde smärtlindring, som var i uppenbart behov av den, där sedan sjuksköterskan efter samtal med patienten, fick denne att acceptera smärtlindring (Manias m.fl. 2006). Den näst vanligaste strategin var att tillsammans med sjuksköterskan komma överens om smärtlindring. Den minst vanliga var att patienten aktivt tog kontakt med sjuksköterskan och själv tog beslut om vilken slags smärtlindring de ville ha (Manias m.fl. 2006).

Denna studies syfte handlar om patienters hinder för delaktighet i omvårdnaden Larsson m.fl. (2011 b). Informanter uppdelade i sex fokusgrupper deltog. Fyra kategorier framkom med flera underkategorier.

- *Osäkerhet på sin egen förmåga.* Låg självkänsla. Brist på information gör det lättare att låta sjuksköterskan bestämma. Kan även vara svår sjukdom där patienten inte klarar eller orkar ta ställning.
- *Dålig relation med sjuksköterskan.* En distanserad sjuksköterska som inte visar empati och skapar ett tillåtande klimat.
- *Paternalistisk attityd.* Sjuksköterskan har en attityd som präglas av makt och som visar att hon vet vad som är bäst för patienten. Som undanhåller patienten information men kanske informerar anhöriga.
- *Strukturella hinder.* Dålig kontinuitet där patienten ofta tvingas möta nya sjuksköterskor. Är dessutom dokumentationen bristfällig får patienten upprepa sin historia flera gånger ( Larsson, m.fl 2011 b).

Den här studien av Larsson m.fl. (2011 a) tar upp beteenden som påverkar patienternas delaktighet i vården. I denna kvalitativa studie av var syftet var att identifiera händelser och sjuksköterskors beteende som påverkar patienternas delaktighet i omvårdnaden. Patienterna betonade vikten av att bli sedda och bekräftade som personer och inte som en diagnos eller ett sängnummer. Vidare uppskattade de att sjuksköterskorna var tillgängliga när patienterna behövde dem och visade att de hade tid. Larsson m.fl. (2011 a) skrev också att det var av stor vikt att få individanpassad information och att sjuksköterskan utnyttjade patienternas kunskaper. Detta motiverade patienten till aktivt delagande i sin vård.

Dihle, Bjölseth., & Sölvi Helseth (2006) syfte är att öka förståelsen om hur sjuksköterskor bidrar till postoperativ smärtlindring. Studien är kvalitativ. Den övergripande slutsatsen i studien är att det finns en diskrepans i vad sjuksköterskorna säger att de gör och vad de faktiskt gör. Sjuksköterskorna menade att de hade teoretiska kunskaper om postoperativ smärta men det visade sig inte alltid i praktiken. Denna bristande överföring kan vara ett hinder för optimal postoperativ smärtlindring till patienten. Exempel är att sjuksköterskorna menade att de gav preoperativ information om smärta kvällen innan operationen men det visade sig att detta bara gavs om patienten efterfrågade det vilket visade sig att få patienter gjorde. Sjuksköterskorna sa att de

bedömde patienternas smärta genom kommunikation med dem och observation av patienten och att de använde skattningsskalor. Det visade sig att det inte fanns något gemensamt sätt att arbeta utan alla sjuksköterskor gjorde på sitt eget sätt (Dihle m.fl. 2006).

Studien genomfördes för att öka förståelsen för hur patienter påverkas av postoperativ smärta och för att förbättra den postoperativa eftervården. (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Tong, 2003). Ett slumpmässigt urval gjordes där patienterna blev intervjuade på telefon. Urvalskriterierna var att patienterna skulle ha genomgått någon form av kirurgi de senaste fem åren. Resultatet visade att ungefär 80 % upplevde måttlig till svår smärta efter sin operation. Patienterna upplevde mer smärta efter utskrivning än under behandling på sjukhuset. Biverkan på de smärtstillande läkemedlen var också vanligt förekommande. Många patienter var också oroliga för smärtan efter operation och om själva operationen faktiskt skulle förbättra deras tillstånd. Fler kvinnor än män upplevde smärta efter operation (Apfelbaum m.fl. 2003). De flesta erhöll smärtstillande mediciner efter operationen. Två tredjedelar av patienterna sade att sjukvårdspersonalen hade diskuterat smärtlindringen med dem innan operationen och att sjuksköterskorna var den personalgrupp som informerade om smärtan mest (Apfelbaum m.fl. 2003).

## **SYFTE**

Att undersöka hur patienter från två olika kirurgiska specialiteter upplever den postoperativa smärtlindringen.

## **METOD**

Kvalitativ forskning innebär ett samarbete mellan forskare och deltagare och baseras på fakta som framkommer genom intervjuer (Graneheim & Lundman 2004). Det ger forskaren möjlighet att på ett empiriskt sätt komma åt patientens unika upplevelse av ett fenomen.

## **URVAL**

Cirka 20 stycken patienter ska ingå i studien. Patienter kommer att väljas från två kirurgiska enheter på Sahlgrenska sjukhuset och Mölndals sjukhus. Ett strategiskt urval kommer att göras genom att författarna först väljer ut patienter från ett

operationsplaneringssystem. Författarna går sedan vidare till datajournalen och inhämtar information för att ta reda på om patienterna uppfyller inklusionskriterierna.

**Inklusionskriterier:** Inneliggande patienter över 18 år som genomgått ett kirurgiskt ingrepp som pågått under minst en timma och där man kan förvänta sig ett smärtsamt efterförlopp.

**Exklusionskriterier:** Patienter med maligna tumörer, inte talar och förstår svenska språket, dementa och patienter med någon form av psykisk diagnos. Författarna ska inte ha varit inblandade i patienternas vård.

Informanterna tillfrågas dagen innan hemgång om de vill delta i studien och de som väljer att vara med får då information både muntligt och skriftligt. Tillsammans med informanterna bestäms tid och plats för intervju.

## **DATAINSAMLING**

Verksamhetschefen på kliniken kontaktas via brev för tillstånd att genomföra studien. Tillstånd kommer ansökas från etikprövningsnämnden. Datainsamlingen kommer att ske i patientens hem eller på annan plats som patienten önskar. Det ska ske ca en vecka efter patientens hemkomst. Intervjuer med öppna frågor kommer användas för att undvika att patientens svar begränsas (Graneheim & Lundman 2004 ). Första frågan som ställs till alla patienter är: Kan du beskriva hur du upplevde smärtan efter operationen? En semistrukturerad intervjuguide finns som stöd för forskaren. Även om patienten får berätta fritt finns det viss information som är av vikt att få med. Exempel på följdfrågor är: Frågade vårdpersonalen om du hade ont? Användes mätskalor? Utvärderades smärtlindringen? Intervjuerna beräknas till mellan 30-60 minuter och spelas in.

## **DATAANALYS**

En kvalitativ innehållsanalys kommer att användas för analys av insamlat material. Allt insamlat material skrivs ut ordagrant. Vid denna typ av analys är det viktigt att bestämma om man ska tolka innehållet manifest eller latent. Både manifest och latent analys innebär tolkning men med variation i djup och abstraktionsnivå. Den manifesta tolkningen analyserar det faktiska innehållet medan latent tolkning går på djupet och handlar om den underliggande innebörden. För att skapa begrepp och teorier måste forskaren känna sitt material väl. Det innebär att läsa upprepade gånger och försöka

tolka även det som inte sägs i ord. Materialet blir oftast omfattande. För att underlätta analysarbetet kommer en tabell användas där intervjutexten skrivs in i sin helhet avkodad. Mallen byggs sedan på för att analyserad text ska kunna kategoriseras. Man utgår från hela texten, går sedan vidare med meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter och koder, tema (Graneheim & Lundman 2004). Då vi är två författare som samlar in material arbetar vi först var och en för sig. Vi går sedan igenom varandras analyser för att se om vi uppfattat något ytterligare i texten.

## **PILOTSTUDIEN**

För att testa studiens genomförbarhet gjordes en pilotstudie med sex informanter. Pilotstudien har genomförts på Sahlgrenska sjukhuset och Mölndals sjukhus. Urvalskriterierna var samma som beskrivits under metoden. Patienterna tillfrågades av författarna på berörda avdelningar, både muntligt och skriftligt genom FPI. Fem intervjuer genomfördes i patienternas hem och en på Sahlgrenska sjukhuset på avdelningen där patienten varit inlagd. Intervjuerna varade mellan 20 och 40 minuter.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE**

Forskningsetik är de etiska övervägande som görs inför och under det vetenskapliga arbetet. När man skriver ett vetenskapligt arbete där människor medverkar finns alltid en risk för att människor utnyttjas. Därför måste forskaren ta med etiska betänkanden och medvetandegöra risker som kan föreligga. Forskningsetik motiveras med att den bidrar till att skydda de människor som medverkar i studien. En prövning bör göras där en avvägning mellan risker och kunskapsvinster görs ([www.epn.se](http://www.epn.se)). Det är forskarens ansvar om människors välbefinnande och den information om dem som samlas in. ([www.codex.se](http://www.codex.se)). Att ta forskningsetik på allvar är också ett sätt att värna om forskningens anseende. Sedan 2004 finns det en lag om etikprövning som avser människor, etikprövningslagen (SFS 2003:460). Dock kom de första offentliga forskningsetiska principer 1947. Dessa principer kallas Nurnbergkoden och kom till efter avslöjande om att forskare utövade grova övergrepp på fångar i koncentrationsläger under andra världskriget ([www.epn.se](http://www.epn.se), [www.codex.se](http://www.codex.se)). Belmontrapporten är en annan etisk plattform som menar att forskning ska utföras i enlighet med tre grundläggande principer:

- Respekt för personer. Vi ska betrakta människor som självbestämmande, kompetenta att fatta egna beslut om hur de vill leva sina liv. Vidare ska respekt visas för människors åsikter och val. För personer med begränsad autonomi ska särskilt hänsyn tas.
- Göra gott. Forskaren bör göra en riskanalys där fördelar med forskningen vägs mot eventuella risker för deltagaren.
- Rättvis principen. Då man ska genomföra en studie är det viktigt att den handlar om något väsentligt. Man bör ställa sig frågan: för vem och på vilket sätt är forskningen värdefull? Resultatet bör komma individen, samhället eller professionen till nytta. Forskarens intention bör vara att förbättra eller öka förståelsen för något ämne.

Att ta reda på patienters upplevelse av postoperativ smärta då de genomgått ett kirurgiskt ingrepp är av stor vikt då det görs många tusen operationer varje år och således kan vara till nytta för många. Vidare är det viktigt att få patientens unika syn på upplevelsen då postoperativ smärta är ett onödigt lidande som borde kunna undvikas. I denna studie skickas ett informationsbrev ut till patienterna där de kort och på ett lättfattligt sätt informeras om studien. Det framgår tydligt att deltagandet är frivilligt, när som helst kan avbrytas utan förklaring samt information till kontaktpersoner. Vidare informeras patienten om att inga personer kommer att kunna identifieras i arbetet ([www.epn.se](http://www.epn.se)).

## **RESULTAT**

Analysen av intervjuerna utmynnade i tre kategorier och två subkategorier.

### **UPPLEVELSE AV SMÄRTA**

Alla informanter upplevde smärta efter operationen. Upplevelsen varierade. En informant beskrev smärtan som mycket värre än förväntat och kände sig lite naiv som inte förstått att det skulle göra ont. En informant ansåg att det var vad man kunde förvänta sig efter en sådan stor operation, det fick man acceptera. Några informanter upplevde värre smärta än förväntat och några mindre. Flera informanter beskrev oro för att röra sig efter operationen för rädsla hur det skulle kännas. En informant beskrev smärtan som djävulsk vid mobilisering. Andra beskrivningar var molande smärta och

smärta i och runt om operationsområdet. Smärtan upplevdes hos flera som närvarande hela tiden.

*”Det börjar med att det mol hela tiden i botten men att det låter nästan som en ton en not faktiskt och när jag pratat en stund så stramar det till och då känns det som det ska dela sig eller spricka upp i benet”.*

Några av informanterna beskrev att de inte tyckte de hade så ont under vårdtiden utan smärtan kom efter hemgång. De beskrev en stor oro över att det gjorde så pass ont fortfarande och var rädda att något hade gått fel med operationen. En informant hade fått mycket ondare efter hemkomst och beskrev sig som gråtmild och känslig.

*”Ja nu förväntar jag ju mig att jag snart inte ska ha så ont längre så nu vill jag ju ha ett tillstånd där åtminstone vissa stunder jag inte känner nånting”*

Två av informanterna upplevde att de hade ont hela tiden fortfarande en vecka efter hemkomst. Inte outhärdliga smärtor men det värkte vare sig de var i rörelse eller stilla och det tog mycket av deras kraft och påverkade deras humör. En Informant uttryckte en önskan att få stanna lite längre på sjukhus där det fanns kunnig personal som kunde smärtlindra.

## **PARTNERSKAP**

### **Trygghet**

Informanterna litade på personalen då det gällde läkemedel. De ansåg att de fick bra hjälp av sjuksköterskan och hon upplevdes som tillmötesgående och kunnig. Om man bad om något smärtstillande så fick man det direkt. Det var dock sällan någon som frågade informanterna om de hade ont utan de fick själv säga till. Oftast var det inte heller någon som följde upp smärtan och en del tyckte det var jobbigt att be om mera smärtlindring. Eftersom ingen kom och frågade om det hjälpt tolkade man det som att man fått en dos som borde ha hjälpt. Flera informanter upplevde det som jobbigt då de var oroliga att personalen skulle tycka att de krävde för mycket, att det var för tätt inpå sista dosen. En informant hade informerats av personalen att det var farligt att ta för mycket morfin då det kunde leda till ett beroende och kände sig därför skuldbelagt från sjukvårdens sida.

*”Ska jag våga fråga nu eller har det gått för kort tid. Det är en pressad fråga”*

Ett par informanter var rädda att bli betraktade som jobbiga och besvärliga och avstod därför från att fråga efter smärtstillande. En informant kände att hon var i beroende ställning och tvekade därför om att be om tabletter.

Två informanter var med i beslut om vilka läkemedel de fick och tyckte att personalen hade lyssnat på deras åsikter och tidigare erfarenheter av analgetika. En av informanterna uttryckte att egenkontroll var mycket viktigt för henne och tyckte att man lyssnade på hennes erfarenheter och att hon togs på allvar. Tidigare sjukhusvistelser hade hon blivit bemött med att personalen vet bäst. Flera av informanterna uttryckte det som viktigt att bli bekräftade och tagna på allvar. Några av informanterna tyckte inte att de alls varit delaktiga i val av smärtlindring men tyckte inte det var nödvändigt då de hade stort förtroende för personalens kompetens. De kände också trygghet i att veta att de fick smärtstillande när de sa till.

*”jag visste inte vad jag fick överhuvudtaget men jag fick ibland så fick jag en lång orange och ibland fick jag två långa orange och ibland så fick jag två orange och brun eller nåt sånt där och ibland så var dom små och vita och ibland var dom gråa ja”*

## **DELAKTIGHET**

### **Information**

Personalen var inte alltid konsekvent i sin information till informanterna. Någon sa att det inte fick gå för lång tid mellan administration av smärtstillande medan en annan sa att det var viktigt att det gick ett visst antal timmar mellan varje gång.

Några informanter fick skatta sin smärta med VAS. Sjuksköterskan hade i ett av fallen förklarat tydligt hur och varför man använde den. Detta gjorde att informanten både förstod vikten av att använda den, så man fick rätt smärtlindring, och att sjuksköterskan kunde följa upp smärtan på ett bra sätt.

*”Och det var ju jättebra så man inte får för mycket och inte för lite då.”*

Flera informanter upplevde vid hemkomsten att de inte fått tillräckligt med information om analgetikan. De fick information innan hemgång och tyckte de förstod men var



sedan ändå osäkra på hur den skulle administreras. De tyckte inte det var personalens fel utan tog på sig det själva.

*”personalen var jättebra men det är just detta att man inte vet riktigt hur man kan ta det är väl jag som har missuppfattat”*

Rädsla för biverkningar och brist på information om dem var en annan anledning till att informanterna undvek att ta smärtstillande.

De ångrade att de inte varit mer delaktiga under sin sjukhusvistelse vad gällde läkemedel och tyckte att personalen borde förstått att detta var viktigt och bjudit in till delaktighet. De upplevde också att dosen med smärtstillande sänktes avsevärt då de skrevs ut. Även om de inte visste vad de fått så visste de att de fått många och att de hjälpt.

*”men jag hade nog velat ha en ingående förklaring till varför plötsligt det efter bara efter så kort tid så skulle jag sluta med allt egentligen för det för det var ju inte tillräckligt med smärtstillande så att en varför det inte skulle vara längre och nu vet jag ju inte heller det står det nämligen ingenting om oxycontin en gång dagligen är det tills nästa sommar eller är det tills nästa torsdag eller är det till julafton eller vad är det till”*

Från att ha känt sig trygga med att bara kunna ringa på sjuksköterskan och få något mot smärtan hade de nu kommit hem med mindre analgetika och dålig kunskap om hur de skulle tas. För två av informanterna hade tabletterna tagit slut. De oroade sig mycket över detta och för att vara sparsamma undvek de att ta och fick istället mera ont. De var också osäkra på mängden de kunde ta och under hur lång tid de skulle ta dem. Detta var dåligt beskrivet på recepten och patienterna upplevde detta mycket förvirrande vilket ledde till att de inte var optimalt smärtlindrade. En stor del av informanternas tid gick åt till funderingar och undringar över läkemedelsintag. De undvek också att kontakta avdelningen på grund av att de inte vill visa sin okunskap och att de inte förstått.

*”man är ju väldigt osäker som patient det är ju nåt annat för sjuksköterskor de är ju väldigt vana och sen vet jag inte hur länge man räknar med att smärtan ska vara så för det är ju inte så mycket tabletter jag har kvar så jag tänker bara räcker det över jul och nyårshelgen eller måste jag ringa till avdelningen för att kanske få förnya och det vet jag ju inte”*

Flera av informanterna uttryckte rörelserädsla på grund av smärta och också att de var rädda att något inte var som det skulle med operationsingreppet, att något gått fel.

En informant tyckte att uppföljningen i hemmet var dålig. Hon kände sig helt utlämnad med sin smärta och fick själv ta på sig allt ansvar med medicineringen.

## **METODDISKUSSION**

Valet av metod gjordes utifrån intresset att få ta del av varje patients unika upplevelse av postoperativ smärta. Att ställa öppna frågor kan ge mycket information. Det är en hjälp att ha en frågeguide som stöd för att inte missa viktig information (Granheim & Lundman 2004).

Intervjuerna genomfördes i patienternas hem. Detta upplevdes som en avslappnad trygg miljö för både författare och informanter. Författarna upplevde att informanterna var positivt inställda att berätta om sina upplevelser. Tanken från början var att båda författarna skulle närvara vid intervjuerna. Efter diskussion togs beslut att bara en skulle genomföra varje intervju då vi kände farhågor att informanten skulle kunna uppleva det som stressande om vi kom två stycken (Trost, 2010). I diskussion i efterhand kan vi se att det kunnat finnas fördelar med att vara två närvarande då man blir så involverad i informanten och intervjuen att den andre författaren kunnat vara mera objektiv och eventuellt uppfatta vissa saker som inte blivit sagda. Alla intervjuer började med att författaren försökte skapa en avslappnat och förtroendefull relation. Detta skedde genom samtal om vardagliga saker.

Informanterna fick själva välja var de vill träffas och alla utom en valde att erbjuda sitt hem som plats för intervjuen. Inledningsfrågan löd: ”Kan du berätta om hur du upplevde smärtan efter operationen?” Flera av informanterna gav långa svar på detta medan ett par behövde följdfrågor. Det var svårare att genomföra intervjuer än författarna trott. Efter första intervjun gjordes vissa justeringar. T.ex. vid de pauser som ibland uppstod inväntades informanten att fortsätta sin berättelse utan att författarna ställde följdfrågor. Då författarna inte hade någon bred erfarenhet av intervjutekniken, kan detta ha påverkat sättet att ställa de öppna frågorna på och kanske hade man fått fram utförligare svar om författarna hade haft fler informanter och fått mer erfarenhet i detta ämne. Inte någon av informanterna kände det obekvämt att intervjun spelades in.

Det drog ut på tiden innan vi genomfört våra intervjuer. Flera av ortopedpatienterna som först tackat ja och vi bestämt tid med, drog sig ur och vi fick då söka efter nya. Vid valet av öron, näsa, hals patienter visade det sig vara svårt att få de inkluderade patienterna att ställa upp på en intervju efter hemkomst, vilket gjorde att författaren fick bredda urvalet till att också inkludera patienter med någon malignitet. De kriterier som då sattes upp var att de enbart skulle behöva genomgå kurativ kirurgi och inte skulle behöva efterföljande strål-och cytostatikabehandling. Författaren märkte också att yngre patienter hade en tendens att dra sig ur, då de oftare skyllde på tidsbrist.

Att inkludera två så olika patientgrupper i en studie om smärtupplevelse går att göra, men författarna är av den uppfattningen att man i den fullvärdiga studien inte bör blanda patientgrupper då det visade sig svårt att fånga problematik som är generell. Patienterna från öron, näsa, hals kirurgin hade också en större spridning över alla åldersgrupper, medan ortopedpatienter oftast är från övre medelålder och uppåt vilket möjligen kan ha påverkat resultatet.

Tio patienter tillfrågades sammanlagt. Fyra stycken drog sig ur i sent. Då ingen förklaring behöver ges för att avstå vet vi inte varför de inte ville delta. Det är därför svårt att avgöra om detta på något sätt påverkat resultatet. Slutligen blev urvalet fem kvinnor och en man.

Analyserna som skedde med kvalitativ innehållsanalys kan tillämpas på en mängd olika data för att ge en djupare förståelse av innehållet. Verkligheten kan tolkas på olika sätt och i denna metod använder forskaren sig själv som redskap. Hon måste dock ha en medvetenhet om sin egen förförståelse (Granheim & Lundman, 2004). Författarna försökte vara medvetna om detta. Dock går det inte att helt undgå att känna förståelse för personalen och situationer de kan hamna i när patienterna berättar om sina erfarenheter. Mycket känslor väcktes också hos författarna när man fick ta del av informanternas upplevelser. Detta diskuterade författarna regelbundet.

## **RESULTATDISKUSSION**

Alla informanter upplevde smärta efter operationen. Detta stämmer väl överens med flera studier författarna läst (Joelsson m.fl. 2010, Niemi-Murola m.fl. 2007, Warren m.fl. 2005, Wadenstam m.fl. 2011, Apfelbaum m.fl. 2006). Det fanns en stor variation i hur smärtan upplevdes av informanterna. Den påverkades av flera faktorer. De flesta

informerarna litade på sjuksköterskans kunskap. Ändå upplevde flera av informanterna det svårt att be om smärtlindring och var oroliga att vara till besvär och var rädda att de kanske tog för mycket. Ibland undvek de att be om mer på grund av detta. Manias m.fl. (2006) beskriver flera faktorer som kan påverka informantens situation. Brist på information, en osäkerhet på sin egen förmåga, dålig relation med sjuksköterskan och bristande kontinuitet. Andra informanter kände sig trygga med sjuksköterskan, uppfattade henne som kompetent och kände sig delaktiga i sin vård. De informanterna var nöjda med den smärtlindring de fick. I en studie där syftet var att kartlägga de faktorer som påverkar patientens tillfredsställelse med postoperativ smärtlindring, redovisas faktorer som påverkar patienttillfredsställelsen. Dessa var delaktighet, att bli tagen på allvar och att regelbundet bli tillfrågade om sin smärtupplevelse (Niemi-Murola m.fl. 2007). Även i Larsson, Sahlsten, Sjöström Lindencrona & Plos, (2007) studie framkom vikten av delaktighet och att bli tagen på allvar. De menar dock att patienten ska få välja hur delaktiga de vill vara. I en studie av Eldh, Ekman & Ehnfors (2008) hade majoriteten av deltagarna inte känt sig delaktiga i sin vård. Kvinnor och äldre upplevde att de inte var delaktiga i högre grad än män.

Bara för att informanten befinner sig i en situation som inte tillhör det normala betyder inte att hon behöver ge upp kontroll över sin situation och låta vårdpersonal bestämma (Doss m.fl. 2011). Olsson, Nyström, Karlsson & Ekman, (2007) skriver att de allra flesta patienter vill vara delaktiga i sin egen vård. Det krävs dock att patienten har tillräckligt med information om sin situation och att sjuksköterskan bjuder in och tillåter patienten att vara delaktig.

Några av informanterna fick skatta sin smärta med hjälp av VAS efter att ha informerats av sjuksköterskan hur det fungerade. Wadenstam m.fl. (2011) skriver i sin artikel om vikten av att använda validerade bedömningsverktyg vid smärtskattning. Dels för att underlätta patientens smärtskattning och dels för att förbättra kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

Vad som var överaskande för författarna var att fem av informanterna upplevde den värsta smärtan efter hemkomsten. Två av informanterna hade ständig smärta. Inte outhärdlig smärta men de kände av den hela tiden. I en av studierna vi läst visade det sig att ett stort antal av patienterna upplevde den mest smärtsamma perioden under de två första veckorna hemma (Chan, Blyth, Nairn & Fransen, 2013).

Författarna har resonerat kring orsakerna till detta. En anledning skulle kunna vara att patienterna ofta är mycket väl smärtlindrade första dygnet med olika former av blockader. Vi tror också att den allt kortare vårdtiden kan inverka även bristen på information om analgetikan. Detta upplevdes av de flesta av informanterna och innebar en stor oro och upptog mycket av deras tankar. Det är viktigt att säkerställa att informanten känner sig trygg och har fått all information hon behöver innan hemgång. I en studie av Lithner & Zillin, (2000) framkommer att information om smärtbehandling och vad man kan förvänta sig efter hemkosten från sjukhuset var viktigt för patienterna. Om patienten hade gjorts delaktig i sin vård hade hon känt en större trygghet vid hemkomsten. Här har sjuksköterskan en viktig roll. Det är hennes uppgift att bjuda in patienten till ett partnerskap (Larsson m.fl. 2011a, Edberg m.fl. 2013). Det är också av största vikt att se till att informanterna har en tillräcklig smärtlindring vid hemgång. Chan m.fl. (2013) menar att majoriteten av deltagarna i deras studie inte hade fått tillräckligt med smärtstillande med sig hem.

Kanske krävs det också att sjuksköterskan får en fördjupad kunskap i hur olika analgetika fungerar. Flera studier visar också på detta (Niemi-Murola, 2007 och Lorentzon, 2012). Kunskap om hur man trappar ut läkemedel, när smärtan klingar av bör också uppmärksammas mer liksom även alternativa smärtbehandlingar, särskilt efter utskrivning från sjukhuset.

Flera av informanterna hade liknande erfarenheter och upplevelser av postoperativ smärta. Dock skulle en fullskalig studie vara av stort värde då författarna tror att det resultatet som kan framkomma där skulle stärka applicerbarheten.

## **SLUTSATS**

Alla informanter var nöjda med vården under tiden som inneliggande. De kände sig trygga med personalen och fick en väl fungerande smärtlindring. Vad som framkom i en majoritet av intervjuerna var att den värsta smärtan kom efter hemgång. Här finns det mycket som kan förbättras för att patienten ska känna sig trygg även hemma. Resultatet av intervjuerna och flera av de vetenskapliga studier vi läst visar på vikten av att arbeta

personcentrerat. Detta görs i viss utsträckning redan idag men arbetet med att implementera detta i större utsträckning i vården bör fortsätta.

## REFERENSLISTA

Apfelbaum, J.I., Chen, C., Metha, S.S. & Tong, J. (2003). Postoperative pain experiences: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under managed. *Anesthesia & Analgesia*, 97(2), 534-540.

Chan, E.Y., Blyth, F.M., Nairn, L. & Fransen, M. (2013). Acute postoperative pain following hospital discharge after total knee arthroplasty. *Osteoarthritis and Cartilage* 21(9), 1257-1263.

<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.joca.2013.06.011>

<http://www.codex.vr.se/index.shtml>

Dihle, A., Bjölseth, & Sölvi Helseth. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469-479.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x

Doss, S., DePascal, P., & Hadley, K. (2011). Patient-nurse partnerships, *Nephrology Nursing Journal*, 38(2), 115-125.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, K., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 1 (4), 248-251.

doi:10.1016/j.ejenurse.2011.06.008

Eldh, A.C., Ekman, I., Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in healthcare. *Health Expectations*, 11(3), 1-9. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x

Etikprövningsnämndens vägledning till forskningspersonsinformation.  
<http://www.epn.se>

Graneheim U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. (24), 105-112.

Hui Yun, Abrishami, Peng, Wong & Chung.( 2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 111(3), 657-677.

Idvall, I., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M.(2008). Perspectives of Swedish Patients on Postoperative Pain Management. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 131-138. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x

Joelsson, M., Olsson, L-E., & Jakobsson, Eva. (2010). Patients experience of pain and painrelief following hip replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2832-2838.doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03215.x

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Segesten, K., & Plos, K.A.E. (2011a). Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nursing Research and Practice* 2011 8 sidor <http://dx.doi.org/10.1155/2011/534060> a

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Segesten, K., & Plos, K.A.E. (2011b). Perceptions of Barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Sciences* 25 (3), 575-582. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x b

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., Lindencrona, S.C. & Plos, K.A.E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00471.X

Lithner, M., Zillin, Thomas. (2000). Pre and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 29-37.

Lorenzen, V., Hermanssen, I.L. & Botti, M. (2012). A prospective analysis of painexperience, beliefs and attitudes and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European Journal of Pain*, (16) 278-288.

Manias, E., Botti, M. & Bucknall, T.(2006). Patients Decision-Making Strategies for Managing Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 7(6), 428-437.

McCance, T., McCormack, B., Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *The Online Journal of Issue in Nursing*, 16(2). doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkele, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management-Effekt of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing*, 8(3), 122-129. Doi:10.1016/j.pmn.2007.0503

Olsson, L-E., Nyström, EM. Ann., Karlsson, J., Ekman I. (2007). Admitted with a hip fracture: patient perception for rehabilitation. *Journal of clinical nursing*, 16(5). 853-859. DOI:10.1111/j1365-2702.2006.01635.x



Prowse, M. (2007) Postoperative pain in older people: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 84-97.

SFS 2003:460. *Om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh. T., Gunningberg. L.,(2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 624-634. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03482

Warren Stomberg, M., Öman, U-B. (2005). Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *Journal of Clinical Nursing*, (159), 451-458.

Wickström K., Nordberg G., Bergh I, Johansson F.G., Sjöström B. (2008). Postoperative pain management-the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 17(15), 2042-2050.